Образец на барање **Р3**

БАРАЊЕ
за надомест (рефундација на средства) на патни трошоци

Од осигуреникот _____ (за член на семејство _____) од населено место_____ ул._____ _____бр._____ телефон _____.

Број на здравствена легитимација				-								-							
ЕМБГ на осигуреникот (носител) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот																			
ЕМБГ на осигуреното лице (член на семејство) (или) Единствен здравствен број на осигуреникот (на членот)																			
Вработен во/осигурен преку																			
Број на трансакциска сметка																			

Барам Фондот за здравствено осигурување на Македонија – Подрачна служба _____, врз основа на приложената документација кон барањето со решение да ми утврди право на надомест на патни трошоци за користење на здравствени услуги за хемодијализа, односно вежби за видот, слухот или говорот кои се извршени во здравствената установа _____, во_____, надвор од местото на живеење во периодот од _____ до _____ година .

Кон барањето ја приложувам следната документација (*се заокружува*)**:**

1. Потврда за бројот на извршени здравствени услуги во претходниот период издадена од здравствената установа, која има склучен договор со ФЗОМ, каде се извршени здравствените услуги;
2. Потврда од здравствената установа каде е извршена хемодијализата дека нема организиран превоз;
3. Доказ за трансакциска сметка на подносителот на барањето

Со пополнување на ова барање се согласувам моите лични податоци и податоците за членовите на моето семејство да се користат за остварување на права од здравствено осигурување и користење на здравствена заштита и истите да се користат согласно прописите на Законот за заштита на личните податоци

Место и датум на поднесување: _____

Подносител на барањето: _____